

(様式1-2)

電話で予約してから郵送してください。メール
やFAX送信による申込はできません。

発達支援教育相談（心理検査）申込カード

申込：令和 年 月 日

宮城県総合教育センター

相談種別	来所教育相談	相談希望日時	月 日 () 時 分
相談申込者			対象者との関係
連絡先	(自宅・保育所・幼稚園・学校・その他) 【電話】 — —	来談予定者	

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	平成 令和 年 月 日生 (歳)
保護者名	(男・女)		
住 所	〒 【電話】 — —		

幼稚園・保育所・学校・施設名					
現在の学年等	1 在宅… () 歳児 2 保育所・幼稚園…年長、年中、年少 3 小・中・高等学校…通常の学級 () 年、特別支援学級 () 年 4 特別支援学校…幼稚部、小学部、中学部、高等部 () 年 〈2、3、4は該当項目を○で囲んでください〉				
検査に加えて相談したい内容があれば、具体的に記入してください。 ----- ----- -----					
*相談日時	月 日 () :	*会場		*担当者	

- ① 送付先：宮城県総合教育センター 教育推進部 相談支援班
〒981-1217 名取市美田園二丁目1番4号【相談受付、問合せ：022-784-3563】
- ② 各欄の該当する番号に○印を付けてください。来談予定者欄には、本人との関係も含めて、来談予定者全ての方を記入してください。
- ③ 相談日時等について、当センターから連絡する場合がありますので、「連絡先」欄に例のように記入してください。『例1. 自宅 【電話】 ○○○-○○○○-○○○○』
『例2. ○○小学校（担当者名） 【電話】 ○○○-○○○-○○○○』
- ④ 心理検査当日に検査申請書を記入していただくことになります。本人確認できる身分証明書をお持ちください。また、やむを得ない事情により郵送での検査結果受取りを希望する場合は、簡易書留代（460円：令和7年4月1日現在）をお持ちください。
- ⑤ *欄は当センターで記入します。